

скопом фирмы " Olympus" тип GIF, модель "G-10" с помощью специально сконструированного тefлонового катетера с распылителем, проведенного через биопсийный канал, орошали поверхность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и частично постбульбарного отдела предварительно закисленным 0,3% раствором конго рот в количестве 5-6 мл. После этого регистрируем время за которое окрашивание слизистой оболочки из черного цвета становится ярко-красным, что позволяет судить о щелочном резерве дуоденального содержимого (повышенная, нормальная и пониженная ощелачивающая функции двенадцатиперстной кишки). Затем, по мере извлечения эндоскопа проводим орошение всех отделов желудка обычным 0,3% водным раствором конго рот, начиная от привратника и кончая кардиальным отделом, на что расходуем 10-15 мл раствора. Теперь оцениваем изменение окраски слизистой желудка и делаем вывод о ее функциональном состоянии (I тип окрашивания - гиперхлоргидрия с декомпенсацией антральной кислотонейтрализации; II тип - нормохлоргидрия с сохранением кислотонейтрализации; III тип - гипохлоргидрия; IV тип - ахлоргидрия). Затем, для определения истинной границы кислотопродуцирующей зоны желудка, т.е. границы апигит-сонм, через тот же тefлоновый катетер последовательно производим орошение антрального отдела и тела желудка 1% раствором гидрокарбоната натрия (всего 15-20 мл). Происходит резкое изменение черной окраски слизистой желудка на ярко-красный цвет. Через 3-5 минут, в зависимости от интенсивности кислотообразования, под влиянием вышележающей обкладочными клетками соляной кислоты ярко-красный цвет слизистой меняется на черный, а в антральном отделе остается без изменений. У больных с рецидивом язвенной болезни после оперативного лечения выявляем зону "неполной" ваготомии или оставления антральной слизистой в культе желудка. Четко обозначившуюся границу между антрумом и телом (интермедиарная зона желудка) маркируем введением в подслизистый мышечный слой желудка раствора китайской туши, либо ограничиваемся описанием изменения цвета с учетом анатомической топографии, отправная точка при этом угол желудка.

При необходимости с диагностической и лечебной целью выполняем тест медикаментозной "ваготомии" - эндоскопическую медикаментозную денервацию кислотопродуцирующей зоны желудка (ЭМДКЗЖ) 25% спирто-лидокаином (новокаином) - атропиновой смесью, начиная от четко установленной интермедиарной зоны до кардии, а у больных после оперативного лечения - от уровня гастроэнтероанастомоза по малой кривизне желудка.

После извлечения инъекционной иглы ММ-1К фирмы "Olympus" (Япония) из рабочего канала эндоскопа, производим прицельную биопсию из окрашенных и неокрашенных участков слизистой желудка при хромогастроскопии для морфологического исследования, а также из антрума на контаминацию слизистой *Helicobacter pylori* (НР).

Таким образом, предлагаемая методика хромогастродуоденоскопии с тестом медикаментозной "ваготомии" позволяет достаточно достоверно определять морфо-функциональное состояние слизистой оболочки гастродуоденальной системы

Тоестев В.К.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ.

/ Могилев /

После обычного визуального осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки эндо-

в процессе одного исследования, оценить взаимосвязь и взаимозависимость между продукцией соляной кислоты обкладочными клетками слизистой желудка и антродуоденальной кислотонейтрализацией, изучить анатомо-функциональную топографию гастродуоденальной слизистой, прогнозировать вариант течения язвенной болезни, риск рецидива и эффективность проводимого консервативного лечения, способствует выделению группы больных, которым предпочтительнее выполнять оперативное лечение еще до развития тяжелых осложнений, а также судить об отдаленных результатах хирургического лечения язвенной болезни.

Учитывая достаточно широкое распространение эндоскопов в самых различных медицинских учреждениях, данный метод комплексной оценки гастродуоденальной слизистой можно рекомендовать для применения в клинической практике.